

TropikNytt



Svensk Förening för Tropikmedicin nr:36/2004

Temanummer om HIV/AIDS



**Vad kan vi lära av
utvecklingen i Uganda**

**Att jobba med HIV
i Uganda**

**För och emot ARV-
behandling i Afrika**

**Den globala
HIV-epidemin**

Välkommen

till ett nytt nummer av TropikNytt med TEMA HIV/AIDS

Bara en bråkdel av alla HIV/AIDS drabbade i Afrika har anti retroviral behandling, en medicinering som för våra patienter i vår del av världen är en självklarhet. Det största hindret för dem drabbade människorna i låginkomstländerna är de skyhöga kostnaderna för medicinen. Men ett annat stort problem är avbrutna behandlings regimer med resistensutveckling som följd. Trots tjugo års förebyggande HIV/AIDS arbete i Afrika har HIV epidemin fortsatt med få undantag. I Uganda kan man uppvisa sjunkande prevalens tal för HIV och här har studier visat på förändrat riskbeteende som en tänkbar förklaring. På årets riksstämma i Göteborg ska vi diskutera dessa frågor på ett av våra symposier. Följ debatten här i TropikNytt och var med i diskussionen i Göteborg! Årets Elias Bengtsson föreläsning berör samma tema när Lars Hjelmåker, Sveriges HIV/AIDS ambassadör, kommer att tala om HIV/AIDS och den Svenska biståndspolitikerna.

Väl mött
på årets Riksstämma
och vårt årsmöte!

Peter Iveroth, redaktör

Innehållsförteckning

- Den globala HIV epidemin: Trender och förutsättningar för storskalig antiretroviral behandling. Anna Mia Ekström, Karolinska Institutet, Stockholm. **Sid 3**
- Ansökan om stipendium till Svensk Förening för tropikmedicin. **Sid 6**
- Föreningens symposier under riksstämman 2004 i Göteborg. **Sid 6**
- HIV i Uganda – erfarenheter från Mulango Hospital. Anders Blaxhult, Infektionskliniken, KUS, Stockholm. **Sid 7**
- Skall alla HIV smittade i en AIDS drabbad familj i Afrika behandlas för att reducera utsattheten? PehrOlov Pehrson, MSF, Stockholm. **Sid 9**
- HIV – the greatest health risk for children and adults in Africa. Do we have evidence and documentation on cost-effective strategies for HIV/AIDS prevention and control in resource poor countries? Frants Staugård, Smålandstenar – Indien. **Sid 12**
- HIV i Afrika – ett olösligt problem där svaret har hittats i Uganda. Gunnar Holmgren, Infektionskliniken, Jönköping. **Sid 15**
- Protokoll från senaste styrelsemötet för Förening för tropikmedicin. **Sid 18**
- Verksamhetsberättelse för Svensk Förening för tropikmedicin. **Sid 19**
- Kallelse till ordinarie årsmöte i Svensk Förening för Tropikmedicin **Sid 20**

TropikNytt utsänds gratis till alla medlemmar.

Forskare, sjuksköterskor, läkare, medicinstuderande och andra intresserade av tropikmedicin och hälso- och sjukvårdsarbete i tropikerna är välkomna i föreningen.

Medlemskap erhålles genom att årsavgift 130 kr gireras till kassören, bg-nummer 735-2016.

Studerande betalar 100 kr per år.

Avgift betald fr.o.m. 1/9 tillgodräknas nästföljande år.

Medlem i Läkarförbundet betalar därefter årsavgift vid ordinarie inbetalningar till Läkarförbundet.

Övriga medlemmar får inbetalningskort hemskickat en gång per år.

Prenumeration i övrigt kostar 200 kr och betalas till bg-nummer enligt ovan.

Ange ev. medlemskap i Läkarförbundet på bankgiroblanketten.

Den globala HIV epidemin

Trender och förutsättningar för storskalig antiretroviral behandling

Idag lever 38 miljoner människor med HIV och cirka 20 miljoner har redan avlidit i AIDS vilket gör HIV/AIDS till den enskilt största hälsokatastrofen i mänsklighetens historia (Figur 1). Varje dag smittas 14,000 människor med HIV (UNAIDS 2004) trots två decenniers försök till prevention enligt ABC principen. Men råd som "Abstain, Be faithful, use a Condom" har visat sig vara till föga hjälp för dem som löper störst risk att smittas dvs unga afrikanska kvinnor utan makt att påverka vare sig sin egen eller sin partners sexualitet. Trots det enorma lidande och sociala sönderfall som HIV/AIDS hittills orsakat har vi bara sett början på pandemins humanitära, politiska och ekonomiska konsekvenser. Mot denna bakgrund, och i avsaknad av bot eller ett förebyggande vaccin, har Världshälsoorganisationen (WHO) lanserat "3 by 5", en kampanj som avser att 7-dubbla tillgången på antiviral behandling (ART) på 1,5 år, från 440 000 totalt (150 000 i Afrika) idag till 3 miljoner i slutet av 2005 (WHO juni 2004). Privata fonder (Clinton Foundation, Global Fonden, PEPFAR) lovar stora summor till stöd för kampanjen.

Kan vi förvänta oss att länder som idag spenderar mindre än 10 US dollar per person på hälsovård ska ha hälsosystem med kapacitet att absorbera ett tillskott som fördubblar deras hälsobudget men förbinder dem att köpa antivirala läkemedel för pengarna och i princip tvingar dem att koncentrera all sjukvård och personal till att distribuera ART? Är vi säkra på att vi inte bryter mot det viktigaste löftet i Hippokrates ed, dvs det att inte skada? Har vi råd att låta bli?

För att underlätta ett informerat ställningstagande i dessa frågor ges en kortfattad beskrivning av den globala HIV epidemin.

Västeuropa och USA

I Västeuropa och USA är incidensen (antalet nysmittade med HIV) relativt stabil dvs ungefär lika många nya människor infekteras varje år. Pga av den dramatiskt förbättrade överlevnaden efter introduktion av högeffektiv anti-retroviral behandling, innebär det att prevalensen (dvs antalet existerande fall) aldrig har varit så hög som idag. Den ökade incidensen i Sverige de senaste åren återspeglar den globala epidemin och en majoritet av dem som diagnosticeras i Sverige har smittats i utomlands (SMI 2004).

Östeuropa och Centralasien

Antalet nya HIV infektioner har mångdubblats i Östeuropa de senaste 5 åren, framförallt i Estland, Ryssland, Ukraina, Lettland och Vitryssland. Även om andelen kvinnor stiger i takt med att epidemin nu börjar spridas heterosexuellt, är två tredjedelar av alla smittade unga män som smittats via intravenöst missbruk, de flesta under 25 år. I den rådande macho-och ungdomskulturen visar vänner (pojkar) förtroende för varandra genom att våga dela spruta (Ekström et al 2004). För många ungdomar har de ekonomiska problemen efter Sovjetunionens fall lett till förlust av arbetstillfällen och framtidstro. En kraftig ökad handel med heroin från Centralasien till Baltikum har dessutom lett till att heroin idag är billigare än alkohol på många ställen i området. I Kirgyzstan tex. tros hela 2% av den vuxna befolkningen injicera droger. Trafficking utgör en fara inte bara för de drabbade unga kvinnorna, utan också en länk till heterosexuell spridning i både Öst-och Västeuropa (Ekström et al 2004).

Figur 1. Vuxna och barn med HIV/AIDS i december 2003, totalt: 37,8 (34,6 - 42,3) miljoner.

(Källa: UNAIDS, juli 2003)

Nordamerika: 1,0 miljon
(520 000 - 1,6 miljoner)

Karibien: 430 000
(270 000 - 760 000)

Latinamerika: 1,6 miljoner
(1,2 - 2,1 miljoner)

Nordafrika och Mellanöstern
480 000
(200 000 - 1,4 miljoner)

Afrika söder om Sahara:
25,0 miljoner
(23,1 - 27,9 miljoner)



Västeuropa: 580 000
(460 000 - 730 000)

Östeuropa och Centralasien:
1,3 miljoner
(860 000 - 1,9 miljoner)

Ostasien: 900 000
(450 000 - 1,5 miljoner)

Syd- och Sydostasien:
6,5 miljoner (4,1 - 9,6 miljoner)

Oceanien: 32 000
(21 000 - 46 000)

Syd-Sydostasien och Oceanien

Nästan 20% eller 5.3–9.5 miljoner av alla som lever med HIV/AIDS bor i Asien (UNAIDS 2003). Trots låg prevalens (<1% i tex. Indien och Kina) är antalet fall ändå stort pga folkmängden (Figur 2). Den vanligaste smittvägen i regionen är via sex med prostituerade. Studier visar att det inte är ovanligt att 5–10% av männen har köpt sex det senaste året (MAP 2004). Intravenöst missbruk har dock, via sexhandel, fungerat som en katalysator för spridningen av HIV bl.a. i Kina, Indonesien, Nepal och Vietnam (MAP 2004). Thailand och Kambodja drabbades tidigt av epidemin. I Thailand genomfördes i början av 90-talet en omfattande statlig preventionskampanj som syftade till ökad kondom-användning på bordeller, men effekten av kampanjen har idag avtagit (MAP 2004). Man tror att HIV kommer att öka mest i Indien och Kina de närmaste åren, men ländernas förutsättningar för att bemöta epidemin är suboptimala. Trots att antalet smittade i Indien är nästan lika stort (drygt 5 miljoner) som i Sydafrika, är BNP/capita i Indien en fjärdedel av den i Sydafrika (UNAIDS 2004) och sex är tabubelagt, vilket kräver särskilda metoder för att nå tex. kvinnor.

Afrika

Tre fjärdedelar av alla med HIV lever i Afrika söder om Sahara, där i genomsnitt var tionde person bär på viruset. Omfattningen av HIV i Afrika antar nästan ofattbara proportioner. Antalet döda bara under 2003 uppgick till 2.9 (2.6–3.3) miljoner. Av dessa var 490 000 barn under 15 år (UNAIDS 2003). Värst drabbat är södra Afrika med en HIV prevalens på 15–39% men de regionala variationerna är stora. I Väst- och Nordafrika är färre än 5% av befolkningen smittad (Mauretaniens och Senegal <1%), medan uppemot 60% av 15–24-åriga kvinnor i vissa delar av Sydafrika bär på viruset

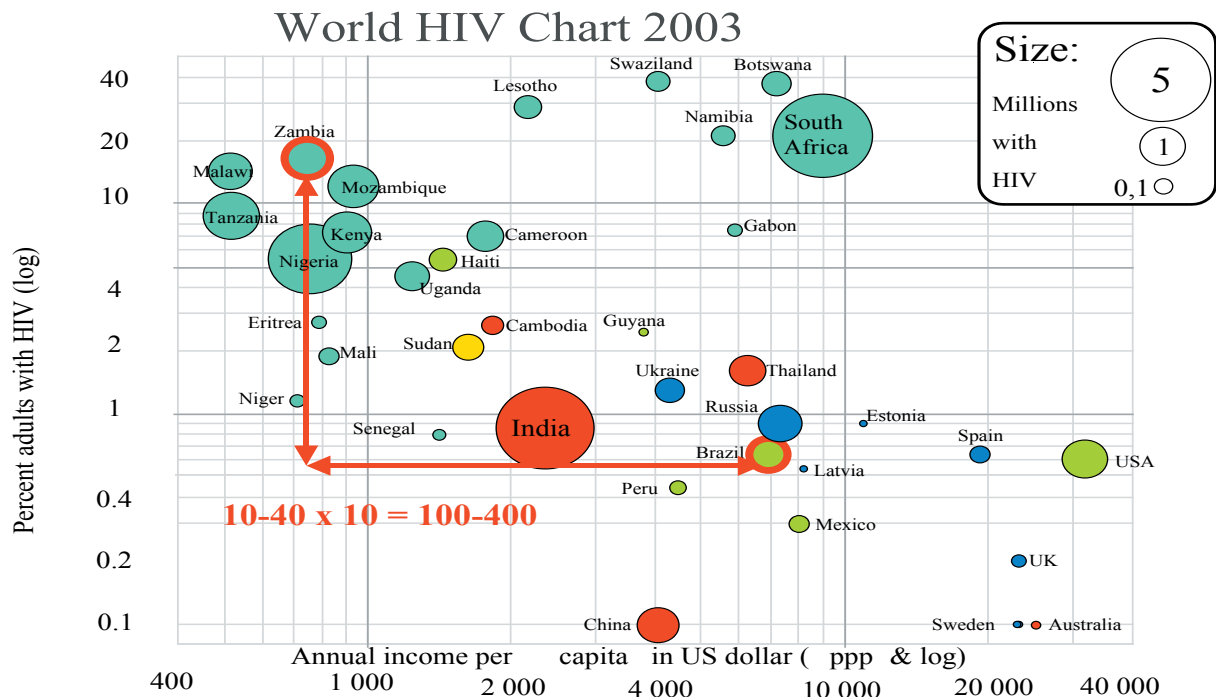
Botswana och Sydafrika, Afrikas rikaste länder, har den högsta prevalensen (Figur 2).

Sexuallmönster med många partners, tidig sexualdebut, stor ålderskillnad mellan män och kvinnor, och kvinnors låga inflytande över med vem och när de har sex, torde ha störst betydelse för spridningen av HIV. Noteras bör att där islam dominerar, i Nordafrika, är prevalensen betydligt lägre än i kristna länder, men i Uganda har prevalensen gått ner, vilket till del kan tillskrivas den politiska öppenheten. Sannolikt har det faktum att Uganda drabbades så tidigt av epidemin, med uppenbara och kännbara konsekvenserna för alla, dock haft mest betydelse.

AIDS har minskat medellivslängden med över 15 år i vissa afrikanska länder (UNAIDS 2003). Redan har 10–15 miljoner barn (50% är 0–9 år) förlorat en eller båda sina föräldrar i AIDS. Om 6 år har antalet "AIDS orphans" stigit till över 20 miljoner (UNICEF 2003) med svåråtervändbara konsekvenser för samhällets infrastruktur och fortbestånd. Dessa barn löper särskilt stor risk att smittas med HIV pga sin ökade sårbarhet både ekonomiskt och för sexuellt utnyttjande (UNICEF 2003).

Latinamerika

I Latinamerika är HIV epidemin på många ställen fortfarande begränsad till män som har sex med män. Några länder har även haft en större heterosexuell spridning och dit hör bla Haiti, Guyana och Brasilien. I Brasilien trotsade regeringen tidigt läkemedels-bolagens monopol och fick ut generiska antivirala medel till sina AIDS-sjuka. Denna policy har nu efter några år visat sig vara även ekonomiskt lönsam i form av ökade arbetsinkomster och minskade sjukvårdskostnader (UNAIDS 2004).



Figur 2. HIV-bördan i Afrikanska länder med hög prevalens är 10-40 gånger högre än i Brasilien, medan BNP/capita är 10 gånger lägre. Det innebär 100-400 gångers skillnad i resurser/fall. Modifierad World HIV Chart. Källa: WDI 2003, UNAIDS 2004. Free to copy at www.gapminder.org. © hans.rosling@phs.ki.se

Förutsättningar för storskalig antiretroviral behandling

Går det att använda Brasilien som modell för att snabbt öka tillgången till ART även i Afrika enligt WHO:s ”3 by 5” (WHO 2004)? Erfarenheterna från Brasilien är kanske inte direkt överförbara till länder i Afrika som är 10 gånger fattigare och har 10–40 gånger så hög HIV/AIDS-börda (HIV prevalensen i Brasilien ligger kring 1%) (Figur 2).

WHO:s ”3 by 5” initiativ baseras på abstract från seminarier och projekt med kort uppföljningstid såsom tex Läkare utan Gränser (MSF) ”Access for all” projekt (WHO 2004, MSF Access 2004). I dessa MSFs projekt har man visserligen uppnått en compliance som är högre än tex i USA (MSF Juli 2004), men än så länge har bara 226 av de knappt 14,000 patienter som inkluderats i MSFs projekt totalt kunnat följas längre än 18 månader. Patienterna som väljs ut för ART av MSF är noggrant selekterade för maximera compliance, de får undervisning, flera besök till sköterska och läkare och dessutom sköts de av relativt sett välbetald lokal personal eller högt utbildad korttidsanställd utländsk personal (Data från MSFs ART seminarium 040913 i Stockholm).

Endast en liten andel av kostnaderna för att bedriva hälso- och sjukvård utgörs av läkemedel. Två stora utmaningar för storskalig ART är bristen på utbildad personal och stigma (Health Systems Trust, 2004). I Botswana som faktiskt har råd att behandla sina sjuka med ART, får ändå bara 10% av de AIDS sjuka ART pga de inte vill vara öppna med sin HIV. Trots att doseringen nu förenklats till 1 piller 2 gånger dagligen och priset sjunkit drastiskt, så krävs en infrastruktur för inköp av ART, transport, förvaring, distribution av mediciner, utbetalning av löner, laboratorieanalyser.

Dessutom krävs utbildad personal som ska ha betalt för att sköta läkemedelsdistribution och uppföljning av patienter som satts på livslång behandling med potentiellt svåra biverkningar. Hur detta ska gå till är fortfarande oklart.

Anna Mia Ekström

Karolinska Institutet

Stockholm

Referenser

- AIDS in Asia: Face the facts. Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network 2004.
- Ekström A, Thorson A, Ragnarsson A. HIV & Gender in Eastern Europe. WHO 2004.
- Health Systems Trust. Providing antiretroviral treatment in Southern Africa. A literature review. www.hst.org.za/publications/608. February 2004
- Medecine Sans Frontiers. Access kampanj. www.accessmed-msf.org. 2004.
- Medecine Sans Frontiers. AIDS treatment experience: Rapid expansion emerging challenges. Briefing document. Juli 2004.
- SMI 2004. HIV- specialstatistik och kommentarer från 2003 på www.smittskyddsinsti.tutet.se/smittsamma sjukdomar/.
- UNAIDS. AIDS epidemic update. www.unaids.org. December 2003.
- UNAIDS Epidemiological fact sheets on India, South Africa, Brasilien. www.unaids.org/resources. 2004.
- UNICEF 2003. Children Orphaned by AIDS. Fact Sheet. www.unicef.org. 2003.
- World Health Organization ”3 by 5” initiative at www.who.org/3by5. 2004.
- World Health Organization, June 2004. Coverage and need for antiretroviral treatment. www.who.int/3by5/coverage.

Stipendium

- utlyst av Svensk Förening för Tropikmedicin

Föreningen har för år 2005 beslutat att anslå 75.000 kr fördelat på tre stipendier för forskning eller utbildning inom resemedicin, tropikmedicin eller internationell hälsa.

Medel utdelas för material, personal, resor till forskningsområde eller annat lärosäte samt för postgraduate-utbildningar.

Medlen utdelas företrädesvis till medlemmar i Svensk Förening för Tropikmedicin.

Ansökan skall innehålla en sammanfattning av projektet på högst 1 sida samt en beskrivning av vad eventuellt tilldelade medel ska användas till på högst 5 sidor innefattande bakgrund, målsättning, material och metod samt betydelse.

CV samt en förteckning över eventuella vetenskapliga publikationer skall bifogas.

Ansökan skall inlämnas i fyra exemplar till:

Stipendiekommittén
Svensk Förening för Tropikmedicin,
c/o Vetenskaplig sekreterare Inger Ljungström
Parasitologiska avd, Smittskyddsinstitutet
171 82 Solna,

Vi vill ha din ansökan senast den 31 maj.

E-post inger.ljungstrom@smi.ki.se

Föreningens årsmöte och symposier

– under riksstämman i Göteborg torsdagen
den 25 november

Att resa med barn.

Moderator: Lars Lindqvist

Symposium, sal K 2/3, kl. 08.30 – 10.00

Svensk förening för tropikmedicin årsmöte.

Årsmöte med lunchsmörgås, rum 10

kl. 11.30– 12.30.

HIV – den största hälsoriskan för barn och vuxna i Afrika– Måste det vara så?

Moderator: Rune Andersson

Symposium, sal F 4/5 kl. 12.30 – 14.00

Hur kan Sverige bidra effektivt till HIV/AIDS-bekämpningen i Afrika?

Elias Bengtson- föreläsning

Föreläsning, sal G 2 kl. 15.00 – 16.00.

Lennart Hjelmåker – Sveriges HIV/AIDS-ambassadör.

HIV i Uganda

– erfarenheter från Mulago

Under våren 2003 hade jag förmånen att tjänstgöra som ”klinisk lärare” vid läkarutbildningen vid Makerere Universitetet med samtidigt kliniskt arbete på medicinkliniken vid Mulago Hospital, Kampala, Uganda. Under en kort vistelse är den kunskap man kan få begränsad och präglad av vilka personer man möter och vilka sammanhang man hamnar i. Artikeln är en redovisning av personliga intryck och inte någon heltäckande sammanfattning av HIV läget i Uganda.

Uganda

Uganda har en befolkning på ca 23 miljoner varav en dryg miljon bor i landets enda egentliga stad, huvudstaden Kampala. 87% av befolkningen lever på landsbygden. Efter självständigheten från Storbritannien 1964 har historien varit stormig och blodig, inte minst under Idi Amins tid vid makten på 70-talet. De senaste 10 åren har befrielseströrelsen under Musoveni varit vid makten. Stridigheter pågår fortfarande i olika delar av landet. Militären slukar en stor del av statsbudgeten. Det är endast i söder som det är säkert och i Kampala har under de senaste 10 åren skett en kraftig ekonomisk utveckling. Ekonomin är till stor del uppbyggd kring kaffeexport och Uganda är också en stor mottagare av biståndsmedel. Det nya välståndet har emellertid endast berört en liten elit och för den stora delen av befolkningen har fattigdomen inte lindrats. Läkartätheten är 1 läkare per 25.000 invånare. Medellivslängden är ca 40 år.



Mulago - Universitetssjukhus i Kampala.

Mulago Hospital

Sjukhuset är ”Referral hospital” för hela Uganda. Till stora delar är det byggt på 60-talet och omfattar ett stort sjukhusområde med många olika specialavdelningar och mottagningar. Jag tjänstgjorde på en av de 6 medicinavdelningarna. Avdelningarna hade jour och intag var 6e dygn och fyllde då med råge upp sin sina platser. Man hade sedan 6 dagar på sig att tömma avdelningen inför nästa jourdygn. Varje avdelning hade sängplatser för ca 70 patienter men ibland kunde det bli upp till 100 patienter med patienter på madrasser på golvet. Varje avdelning hade endast ett par sköterskor. Det innebär att varje patient behövde egen anhörig som hjälper till med hygien, toalettbesök och matning.

Över 80% av inlagda patienter hade olika aidsmanifestatio-

ner. Vanligast var Cryptococc meningit och Pneumocystis Carinii Pneumoni (PCP). Även Toxoplasma och Kaposis' sarkom var vanligt liksom olika presentationer av TBC och Malaria. Trots den stora övervikten av infektionssjukdomar fanns också patienter med klassiska invärtesmedicinska sjukdomar som diabetes, hjärtfel och stroke. Hur mycket utredningar och behandlingar som kunde göras var avhängigt av patientens betalningsförmåga då sjukhusets resurser var mycket begränsade. En eventuell hiv-test fick patienten själv betala och många klarade inte ens den tröskeln. Undersökning av hemoglobin och leukocyter begränsades av det antal flaskor för prover som lämnades ut från lab. Elektrolyter togs i princip aldrig. Lever och njurfunktion värderades kliniskt. Någon bakteriologisk odling på blod eller likvor förekom inte under min tid på avdelningen. Mikroskopisk diagnostik skedde dock på likvor. De talrika cryptococc infektionerna påvisades på detta sätt. Datortomografi kunde endast utföras om patienten betalade undersökningen vilket få kunde. På en yta närmast expeditionen övervakade man 4-5 PCP patienter som var parallellkopplade till en syrgastub. Cryptococc meningiter behandlades med amfotericin. Behandlingen gavs i 10 dagar eller så länge patienten kliniskt tolererade behandlingen. Misstänkta bakteriella meningiter behandlades med ampicillin och kloramfenikol. Mycket behandling var därför given på klinisk misstanke. Tbc behandlades med 4 medel enligt WHO rekommendationer, malaria behandlades genom suppression med klorokinofosfat och Fansidar. Vid cerebral malaria gavs kinin. Läkarna hade en beundransvärd förmåga att göra ett bra jobb utifrån tillgängliga resurser men mitt intryck var att det alltför ofta blev en lösning för stunden. En opportunistisk infektion kunde oftast behandlas men uppföljning med sekundärprofylax var inte självklart.

HIV vård

Förutom arbetet på vårdavdelningen tjänstgjorde jag på några av de speciella hiv-mottagningar som finns. På hiv-mottagningen på Mulago arbetade upp till 10 läkare parallellt i samma rum och såg flera hundra patienter per dag. Man tog emot 20-30 nya hiv-patienter per dag. Opportunistbehandling och sekundärprofylax kunde genom donationer ges gratis här. Däremot var det få som hade råd att betala antiviral behandling mot hiv. En intressant upptäckt var dock att fem gånger så många patienter hade HAART (hiv-behandling) i Uganda 2003 som i Sverige (ca 10.000 jämfört med ca 2.000). Dessa 10.000 utgör dock en försvinnande liten andel av de som skulle behöva behandling. Den billigaste behandlingen var en indisk fast kombination av nevirapin, stavudin och lamuvidin (Tri-imize) som kostade 225 kronor/månad. Denna summa ligger högt över medelinkomsten och kan därför bäras av få. Proteashämmare som var betydligt dyrare användes endast av enstaka patienter.



HIV-mottagningen vid Mulagosjukhuset.

Hos patienter som behandlades visade en studie god effekt och en compliance på 93% vilket kan jämföras med 75% som ofta uppmäts i västvärlden. Rapporterade biverkningar föreföll också färre än vi är vana vid. Behandlingen påbörjades på kliniska indikationer. Någon rutinmässig laboratoriediagnostik gjordes ej före eller efter insatt antiviral behandling utan effekt och biverkningar bedömdes kliniskt.

Olika forskningsprojekt pågick också. En behandlingsstudie i Uganda och Zimbabwe t ex inkluderar patienter med <200 CD4 celler. Hälften av patienterna följs med labparameterar enligt "västerländsk" standard och övriga följs enbart kliniskt enligt "afrikansk" standard.

Vid förlossning gavs nevirapin i endos. Detta sänkte den perinatale transmission till ca 10% men vid uppföljning såg man nevirapin resistens hos 18% av mammorna och 49% av de barn som trots allt blev smittade. Detta har ju stor betydelse vid framtida behandling av mamma eller barn.

Frivilligorganisation TASO bedriver verksamhet framför allt bland fattiga med hiv. Dels har man mottagningar i större städer där man erbjuder opportunistbehandling (men ingen antiviral behandling), rådgivning och visst stöd med matransoner. Man hade kontakt med ca 18.000 patienter. Vid de hiv-mottagningar jag besökte var kvinnliga patienter ca 3 gånger vanligare än manliga.

Uppfattningen var att kvinnor över lag var mera benägna att låta sig hiv-testas och söka vård. Däremot dominerade männen bland de som hade råd med hiv behandling.

HIV situationen

Officiellt räknar man med ca 1,5 miljoner HIV smittade i Uganda. Prevalensen i vuxenbefolkningen har enligt hälsovårdsministeriet sjunkit från ca 30% för 10 år sedan till ca 8% idag. Många jag talade med kände sig dock tveksamma till om en så dramatisk minskning verkligen skett.

Den strategi man valt i kampen mot hiv och som i Uganda också fått visst stöd från religiösa samfund och kan sammanfattas under ABC. I första hand abstinens (från sex). Om det inte fungerar, "Be faithful". Om inte heller det fungerar, använd "Condom". Uganda jämfört med många andra länder i Afrika talat relativt öppet om HIV. Men även om man ofta talade relativt öppet om själva sjukdomen är flera "riskbeteenden" som narkotikamissbruk, prostitution och homosexualitet kriminaliserade vilket försvårar information och preventiva insatser.

Mitt övergripande intryck var att "empowerment of women" har avgörande betydelse för att minska spridningen. Många kvinnor som är ekonomiskt beroende av sina män vågar inte berätta om sin egen infektion av rädsla att bli fråntövt. På samma sätt har de ofta inte möjlighet att säga nej till sex eller kräva kondom användning. Hiv har en otrolig förmåga att lyfta fram sociala missförhållanden i olika länder. Detta synliggörande kan framtvinga nödvändiga och önskvärda samhällsförändringar.

I Uganda och övriga Afrika ökar nu användningen av antivirala läkemedel snabbt. Även om man visat på god effekt och följsamhet med enkla doseringar står man inför stora utmaningar när man så småningom kan behöva hantera biverkningar och behandlingsvikt på ett mera individuellt plan.

Anders Blaxhult, Infektionskliniken
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Ska familjen behandlas?

– Skall alla HIV-smittade i en AIDS-drabbad familj i Afrika behandlas för att reducera utsattheten?

Vi har länge levt med en skapad och falsk motsättning mellan prevention och behandling av hiv. Falsk därför att prevention på sikt minskar behovet av behandling och för att tillgång till behandling av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar sannolikt är en förutsättning för framgångsrik prevention och kanske i sig är den mest effektiva preventionsinsatsen. Motsättningen är skapad utifrån ett revirtänkande och närd av en föreställning om begränsade resurser och ett strikt kostnad-nyttotänkande sett ur ett folkhälsoperspektiv.

Kostnadseffektivitetsanalyser tar inte hänsyn till det viktigaste skälet att påbörja behandling - närheten till den sjuka människan. För den enskilda smittade individen, vare sig hon är man, kvinna eller barn, finns det ingen annan åtgärd än tillgång till effektiv hiv-behandling som kan hålla henne eller honom levande och frisk mer än de knappa 10 år som i genomsnitt förflyter mellan smittotillfälle och död. Det finns ingenting annat som kan få en gravt immundefekt, avmagrad, uppgiven människa att få tillbaka aptiten och börja gå upp i vikt. Det finns ingenting annat som kan förhindra insjuknande i plågsamma, opportunistiska infektioner. Det finns ingenting annat som lika effektivt kan förhindra smitta från mamma till barn. Och det finns därför heller inget annat som kan ge en hiv-smittad mamma eller pappa möjlighet att fortsätta vara förälder, familjeförsörjare, hjälpa sina barn gå genom skolan och

förmedla kunskapen om hur jorden skall brukas.

Allt detta vet vi. Ändå känner bara en minoritet till sin infektion, ännu färre får tillgång till förebyggande behandling under graviditet eller till livräddande behandling i infektionens slutskede. I sub-Sahara är kanske 70.000 i behandling - lika många som smittas på en vecka

Varför?

Länge var det priset på hiv-läkemedel och därmed pengarna som var den begränsande faktorn. Nu har priset på en kombinationsbehandling reducerats till 1-2 % av vad det var för mindre än 5 år sedan. Fortfarande är priset för högt för flertalet av de smittade och för länder med hög prevalens, men mer pengar kommer in via Globala Fonden, PEPFAR, Gates´ och Clinton Foundation, Världsbanken och andra stora internationella aktörer.

Många har talat om den bristande politiska viljan och visst har viljan att agera varit sparsamt förekommande. Mycket få statsmän och regeringar har under sin tid vid makten aktivt tagit del i åtgärder mot hiv/aids. Några få positiva exempel finns, desto fler negativa och avskräckande.

Men finns insikten och viljan att förändra inom den medicinska professionen? På många ställen har uppgivenheten inför hiv brett ut sig, rösterna varit få och tysta och många har flytt till andra länder eller andra sysselsättningar.



Utan sin mamma har barnen i Afrika en väsentligt ökad risk att dö före 5 års ålder.

I den rika världen har man talat om bristande kostnad-efektivitet, dräneringen av resurser som borde användas för annat och avsaknaden av infrastruktur. Den förväntade dåliga följsamheten, och risken för resistensutveckling har tagits som intäkt för att inte göra något.

Men några har ändå tagit sig an utmaningen. Läkare Utan Gränser (MSF) var sena men inte sist. Vi har i våra program visat att behandling är möjlig under olika förutsättningar - på distriktsnivå i Malawi, i slummen i Nairobi, i konfliktområden i östra DRC, bland missbrukare i Ukraina och prostituerade i Guatemala. Vi har byggt vår behandling på en stabil grund - flera års föregående arbete med förebyggande rådgivning, testning, medicinsk uppföljning och profylax mot OI, basal förebyggande av mor-barnsmitta och "home-based care".

Och för att motverka misskreditering har vi varit noggranna att skapa förutsättningar för hög följsamhet - vi använder såvitt möjligt "fixed drug combinations" "2 pills a day", vi har en lång urvals- och motivationsprocess, vi använder oss av stödpersoner och vi uppmanar till öppenhet om infektionen.

På detta sätt har vi - trots att patienterna är svårt immundefekta/sjuka när de påbörjar sin behandling - medianvärdet på CD4-celler ligger från början kring 70 och stiger i genomsnitt till över 200) - en överlevnad efter två år på 85%, och en följsamhet, indirekt mätt med HIV-RNA, som är bättre än i Kalifornien och i Schweiz. De 13.000 som hittills fått tillgång till behandling i MSF's projekt bevisar att tvivelarna hade fel - de som sa att man inte kan ta hiv-mediciner om man inte har någon klocka eller inte

kan klockan. Dessutom attraherar tillgång till behandling människor att lyssna till preventionsbudskap, fler vill testa sig, blir öppna med sin diagnos och bidrar på så sätt till att diskriminering och stigmatisering bryts.

När vi nu ökar antalet i behandling gör vi det genom att låta sköterskor sköta den fortsatta uppföljningen, genom att lämna ansvaret till patienten och hans/hennes stödperson, genom att förenkla provtagningen till ett minimum.

Vi håller inte med Marseille och medarbetare att en fungerade prevention måste till först - i så fall lär vi få vänta länge än, vi tror inte man skall begränsa sig till pilotprojekt, vi tror inte behandlingen skall rikta sig till speciella grupper annat än möjligen familjer - om nu detta skall ses som en speciell grupp. Och vi tror inte på att "directly observed treatment" skulle vara lösningen - lika litet när det gäller hiv som tbc - däremot naturligtvis på de andra principerna med säker distribution etc.

Vad skulle kunna åstadkommas och vilka är hindren för detta?

Visst finns det svårigheter med en familjebaserad behandling - det är ofta svårt att få en manlig partner att testa sig även om vi visat att tillgång till behandling leder till minskad stigmatisering. I ideala fall ger konkordans en möjlighet att stötta varandra i behandlingen, diskordans en betydande möjlighet att minska sannolikheten för smittoöverföring. Familjebaserad behandling minskar sannolikt risken för att läkemedlen skall delas mellan familjemedlemmar. Om medicinen är kostnadsfri och tillgången i det omgivande samhället ökar - minskar i motsvarande mån risken för att den säljs



Snart har vi 10 miljoner föräldrarlösa barn i Afrika.

vidare. Medvetenheten om läkemedlens livräddande verkan förfaller i MSF-projekten vara så stor att detta åtminstone hittills varit ett litet problem.

Vid en graviditet innebär en pågående kombinationsbehandling betydligt minskad sannolikhet för smittoöverföring till det väntade barnet jämfört med nuvarande mono- eller duplexprofylax, en effekt som sannolikt kvarstår även om det nyfödda barnet ammas.

För de smittade barnen innebär behandling idag svårigheter med dosering - inga FDC anpassade för barn existerar ännu och det är svårt att förvara och dosera flytande läkemedel eller läkemedel avsedda för vuxna. Dessutom - vilket är ett problem för oss - är det 7-8 ggr dyrare att behandla ett barn än en vuxen med samma läkemedelskombination. Läkemedelsindustrin har hittills varit ointresserade av att ta fram hiv-läkemedel speciellt anpassade till barn - marknaden har blivit för liten i den rika delen av världen.

Det återstår att visa att smittspridningen inom familjen verkligen minskar. Indirekta bevis finns för att en låg virusmängd leder till minskad eller upphävd smittoöverföring. Också att visa att följsamheten på sikt är tillräckligt bra för att minimera resistensutveckling eftersom byte till andra linjens behandling är svår utan tillgång till laboratorieresurser, och 20 gånger dyrare om den överhuvudtaget är tillgänglig.

På populationsbas krävs mycket omfattande behandlingsprogram för att man skall se en effekt på spridningen, dock antas detta ha skett i Brasilien. Efter introduktionen av allmän behandling har antalet nyupptäckta där varit betydligt färre än prognoserna, medan spridningen fortsatt i grannländerna

Å andra sidan hävdar vissa att tillgången till behandling och effekten av behandling har lett till ett ökat sexuellt risktagande och därmed till en ökad smittspridning. Antagandena baserar sig huvudsakligen på intervjustudier av homosexuella män i Nordamerika, Europa och Australien. De män som rapporterade oskyddat analsex var också mer optimistiska om behandlingseffekten. Dock var författarna osäkra på om det var ett orsak-verkansamband eller om det rörde sig om en efterhandsförklaring till ett sexuellt beteende. Andra studier har visat att det inte är behandlingsoptimism utan trötthet på "safe sex"-budskapet och en långvarig relation till en fast partner som är den viktigaste faktorn vad gäller oskyddat sex.

Ett fåtal studier från Afrika, fr.a. från Elfenbenskusten, visar att personer i behandling har mindre oskyddat sex och är mera benägna att använda kondom - medan det omvända var starkt korrelerat till att inte ha informerat sin(a) partner(s) om hiv-infektionen och vanligare bland män än kvinnor. Den andra faktorn relaterad till oskyddat sex var önskan att bli gravid - ytterligare ett skäl för familjebaserad hiv-testning och behandling,

I matematiska modellförsök har man studerat hur stor täckning som behövs för att en preventionseffekt skall åstadkommas under olika förutsättningar vad gäller följsamhet och sexuella relationer/partnerbyten. Om behandlingen begränsades till personer med CD4<200 veller/ mm (cirka 10%-ig behandling), beräknades den årliga risken för transmission minska med 12%. Om i stället alla med <350 CD4-celler behandlades (drygt hälften) skulle den årliga risken minska med 72%. Modellerna baserar sig dock på en effekt och en följsamhet som är långt sämre än den som iakttagits såväl i Sverige som i MSF-projekten runt om i världen.

Ökad tillgänglighet till nuvarande läkemedel och utveckling av nya med inriktning på att reducera transmission kan komma att spela stor roll i väntan på ett fungerande vaccin och/eller en lokal mikrobicid. Samhället måste utbildas i vad behandling kan och inte kan åstadkomma, för att den preventiva effekten skall kunna tillgodoräknas. En oanvänd resurs, i samhällen som dränerats på läkare och sköterskor, är de patienter som räddats till ett fortsatt liv genom behandlingen. Dessa skulle kunna använda sin erfarenhet och efter enkel utbildning fungera som behandlingsuppföljare.

I Sydafrika, Malawi och Rwanda möter man hälsoarbetare uttröttade av att dagligen möta sjukdom och död orsakad av hiv. Det är för dessa som finns kvar och för deras miljoner patienter som vi måste söka lösningar idag och inte i morgon. Lösningar som inte är byggda på ett enkelt kostnads-nyttoperspektiv, lösningar som inte blundar för de mest utsatta.

PehrOlov Pehrson

MSF, Stockholm

HIV – the greatest health risk for children and adults in Africa

Do we have evidence and documentation on cost-effective strategies for HIV/AIDS prevention and control in resource poor countries?

4. Prospects for further strengthening HIV/AIDS prevention and control by NGOs in resource poor countries

4.1 Continued focus on primary prevention of HIV/AIDS – and/or access to highly active anti-retroviral therapy (HAART) for all in need?

In resource poor countries with a weak infrastructure and low budgets for public health expenditure, relevant and often heated discussions have been held between politicians, public health officials and members of the medical profession regarding the pro's and con's of introducing free or subsidized access to anti-retroviral drugs (ARV), anti-retroviral therapy (ART) and highly active anti-retroviral therapy (HAART).

One school of thought has underscored the apparent risks for a *medicalisation* of the HIV/AIDS epidemic, as part of which procurement and distribution of ARVs as well as procurement of high-cost technological equipment for quality assurance of treatment regimens might monopolize available and strictly limited resources in the health sector, thus detracting attention from the broad range of primary preventive, care and counselling activities, which are currently well established and appear to have proven their cost-effectiveness and cost-benefit in high-prevalence countries, such as Tanzania and Zambia.

Anti-retroviral therapy (ART) requires a high degree of patient-compliance and an optimally functioning health infrastructure in order to secure a continuous supply of drugs and supervision of treatment. If each PWA does not take anti-retroviral treatment in strict accordance with prescriptions, the risks for development of multi-drug-resistance are major.

In a study on "Prevention before HAART in sub-Saharan Africa", published by Marseille et al in *The Lancet*, volume 359, 25 May 2002 (20), the authors formulate the following conclusions, based on a multi-country literature review:

- All data with regard to cost-effectiveness of HIV-prevention in countries in sub-Saharan Africa indicate that cross-sectoral and interdisciplinary primary prevention

programmes are at least 28 times more cost-effective (measured in terms of saved disability adjusted life years (DALY's) - than introduction of HAART.

- Funding of HAART projects, diverting resources from primary prevention, causes loss of more lives, measured in terms of DALY's.
- Public health gains, measured in terms of increased life expectancy, increased DALY's, quality adjusted life years (QALY's) and reduced disease-specific mortality rates, are achieved through investing resources in primary prevention and non-HAART drug interventions.
- HAART programmes should be introduced only at a limited scale, only in pilot projects and only when broad, cross-sectoral and multidisciplinary primary prevention programmes have become functional, targeting selected population groups.

The complex question of whether or not to focus on anti-retroviral therapy (ART) and securing general access for all HIV-positive persons to anti-retrovirals (ARV) and highly active anti-retroviral therapy (HAART) is further complicated by recent reports from Botswana, indicating that despite free access to HAART for all citizens, distributed through a fine network of medical facilities, only a minority of HIV-positive persons choose to come forward for voluntary counselling and testing (VCT) and subsequent enrolment in the HAART-treatment-scheme (21). Aggravating this situation is the fact that out of the minority of persons, who choose to come forward for testing and subsequent treatment, again only a small minority (i.e. approximately 20%) are women. The explanation for this unexpected scenario, following the introduction to free access to HAART for all PWAs, appears to be persistently high levels of stigmatization and discrimination of HIV-positive persons in the general community, preventing HIV-positive persons – and in particular women - from seeking confirmation of their sero-status and consequently preventing them from seeking potentially life-prolonging treatment.

4.2 Continued focus on primary prevention of HIV/AIDS – and access to highly active anti-retroviral therapy (HAART) through community outreach services

Recent and scientifically valid documentation has brought new perspectives to the discussion on primary prevention of HIV/AIDS *versus* HAART. Primary prevention might well be (at least) 28 times more cost-effective than procurement and distribution of HAART to persons with AIDS, as suggested by *Marseille et al.* (20). But there ought to be no dichotomy between the two approaches, provided that feasible and appropriate treatment schemes can be added to already established, cross-sectoral and community based HIV/AIDS prevention programmes. Rather NGOs should design a *both-and* approach, based on appropriate technology and functional community outreach prevention structures, such as have been developed and sustained over the recent decade in selected countries in sub-Saharan Africa.

The costs and consequences of *not* opting for a *both-and* strategy are difficult to calculate and appear overwhelming, both when looking at the humanitarian, social and economic consequences and perspectives of the epidemic. The average life expectancy in sub-Saharan Africa is current estimated at 47 years. Without AIDS it would be 62 (2, 3). If widespread treatment of opportunistic infections – particularly tuberculosis – and anti-retroviral drugs (ARV) are not made available in the coming years Zimbabwe will lose 19% of its adult population, Botswana will lose 17%, South Africa 11% and Tanzania 9% (2).

The cost of not treating the AIDS epidemic can be illustrated by looking at the most salient economic indicators – family income, food security, education and health care. In Zambia, two thirds of families that lose the head of the household experience an 80% drop in monthly income. As more adults perish, the education of children is compromised. According to estimates by the International Labour Organization (ILO) 200 000 teachers will die from AIDS by the year 2010 (22). HIV is also having an effect on health care workers. In Malawi and Zambia the death rate of health care workers has increased six fold since the early 1990's (22).

The statement in previous scientific analyses – that primary prevention is at least 28 times more cost-effective than HAART (20) – is undoubtedly still valid and correct, but the comparative analysis in this study is based on a high-technology approach to the use of anti-retroviral therapy (ART), requiring a functional health infrastructure, well educated medical professionals and access to advanced laboratory equipment for CD4-cell-counts and measurement of viral loads for monitoring and quality assurance of treatment regimens. All of these components of a high technology approach to the use of ART and HAART are currently outside of reach for the majority of health care systems in resource poor countries (23).

However, on the basis of recent documentation and scientific evidence we may now promote a *both-and* approach and state that as part of a future NGO HIV/AIDS policy and strategy primary prevention and treatment should no longer be dichotomised but might become



A successful preventive HIV/AIDS program in Tanzania.

mutually reinforcing components of a comprehensive HIV/AIDS prevention and control strategy in resource poor countries (22, 23, 24).

Community based approaches to anti-retroviral therapy (ART) in a resource poor country have been documented and proven successful over the recent years as part of the “HIV Equity Initiative” in Haiti, which is one of the poorest countries in the world and not coincidentally also has the highest HIV-prevalence in the western hemisphere.

As laboratory equipment for measurement of CD4-cell-counts and viral loads are not available in Haiti – similarly to the situation in the majority of resource poor countries in sub-Saharan Africa – assessments of the effectiveness of treatment with anti-retroviral drugs (ARV) is based on criteria, which may be defined by non-medical professionals. The clinical response to treatment is measured indirectly by following the weight, symptoms and ability to return to activities of daily living. To ensure adherence to prescribed drug treatment, the use of ARVs is supervised by community health workers (CHWs), who visit patients daily and also ensure that patients and their families receive adequate nutritional support. In the somewhat longer perspective and in the absence of advanced laboratory equipment for measurement of CD4-cell-counts and viral loads, the effectiveness of the use of ART through community based approaches is measured through an assessment of the reduction in mortality among persons with AIDS (PWAs), enrolled in the treatment scheme. Also changes in hospitalization rates are measured and it has been proven that PWAs, who receive daily supervised treatment with highly active anti-retroviral drugs (DOTS-HAART) are rarely hospitalised (24).

Based on the documented experience from the “HIV Equity Initiative” in Haiti (22, 23, 24) NGOs and their partners may now conclude that a continued focus on primary prevention of HIV/AIDS could be combined with carefully monitored pilot interventions and distribution of anti-retroviral drugs to HIV-positive persons, thus promoting the view that prevention and treatment in community based HIV/AIDS prevention and control programmes should now be viewed as mutually reinforcing components of such programmes. The necessary precondition for launching pilot initiatives for anti-retroviral treatment

of persons with AIDS should still be the existence of a sustained, community based and cross-sectoral programme in a collaborating country. This precondition has been firmly established in the NGO implemented programmes in Tanzania and Zambia, where pilot ARV-schemes are in the process of being launched, based on the Haiti-model and integrated in ongoing prevention, care and social support activities.

4.3 Strengthened advocacy and human rights campaigns – a necessary precondition for successful voluntary counselling, testing and community based treatment with anti-retrovirals

The enrolment of HIV-positive persons in the community based treatment schemes should be preceded by voluntary counselling and testing (VCT). But this component appears to be far more difficult to introduce and implement than has previously be thought. There are still high levels of stigmatisation and discrimination of persons with AIDS in local communities in the majority of countries in sub-Saharan Africa – and in fact globally – and the recent experiences from Botswana, where only approximately one third of all expected PWAs come forward for the freely available, supervised treatment, is a serious memento in this context (21). Voluntary counselling and testing does not appear to represent an effective, preventive strategy in itself, but must be closely integrated in broad, cross-sectoral and interdisciplinary programmes, comprising a multitude of complementary and mutually reinforcing preventive strategies. The case of Botswana teaches us that a campaign for voluntary counselling and testing must be preceded, accompanied and sustained by concerted advocacy and human rights

campaigns and endeavours to counteract discrimination and stigmatisation of persons with AIDS in the society in general and in the local communities in particular.

Consequently the advocacy components of all NGO implemented HIV/AIDS prevention and control programmes need to be strengthened, gain a higher profile and effectively mainstreamed in all other programme components in general and in all information, education and communication, care and support activities in particular.

Literature references

Marseille E., Hofmann PB., Kahn J.G. HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2002;359:1851-56.

Ministry of Health, Gaborone Botswana, February 2004. (Quoted from *The Economist*, London February 28th 2004, p 84).

Mukherjee J.S., Farmer P.E., Niyizionkiza D et al Tackling HIV in resource poor countries. *British Medical Journal*, volume 327, 8 November 2003, pp 1104-1106. www.bmj.com.

Farmer P, Leandre F, Mukherjee J.S. et al Community-based approaches to HIV treatment in resource poor settings. *The Lancet* 2001;358:404-09

Singler J., Farmer P. Treating HIV in resource poor settings. *Journal of the American Medical Association*, October 2, 2002, volume 288, No 13, pp 1652-1653.

Part of a annotated background paper, prepared for the symposium at Svenska Läkareseällskapets Riksstämman, Göteborg, 24-26 November 2004

by Frants Staugård MD, MPH, Dr Med Sci. Communication: frants.staugard@telia.com



Can ARV treatment also play an important role in the prevention of HIV/AIDS as condoms do?

HIV i Afrika

– ett olösligt problem där svaret har hittats i Uganda

HIV/AIDS är den största utmaningen som läkare har ställt inför under vår generation. Afrikas situation har ansetts av många att vara närmast olöslig. UNAIDS beräknar att 42 miljoner människor är infekterade med viruset och av dessa bor 29,4 miljoner i Afrika söder om Sahara. Utav 3,1 miljoner AIDS dödsfall under år 2002 var 2,4 miljoner i Afrika. Utav 5 miljoner nya HIV infektioner globalt var 3,5 miljoner i Afrika.

Jag är född och uppväxt på landsbygden i Afrika och har arbetat som läkare i samma område under 12 år innan jag såg mitt första säkra AIDS fall 1985. Med retrospektiv undersökning såg jag ett mycket sannolikt fall 6 år innan, men det var när sjukdomen var okänd i världen. Den kliniska bilden som jag beskrev var som ett textboksexempel på denna sjukdom. Jag skrev i patientanteckningarna: ”Vad kan denna sjukdom vara för något?”

Jag såg därför hälsosituationen innan HIV/AIDS; jag var där då de första säkra fallen började dyka upp. Jag var där då utbredningen blev mycket snabb. Jag var där vid kulmen då 30% av gravida kvinnor i huvudstaden var HIV positiva och 80% av inläggande patienter på medicinavdelningen i Lusaka var AIDS fall. Jag var där då HIV spridningen började avta. Jag hade möjlighet att studera både i Zambia men framför allt i Uganda vilka faktorer som minskade spridningen. Nu under de sista åren har jag sett början av HIV epidemin i Tamil Nadu, Indien och jag får en dejà vu känsla.

Varför spred sig HIV/AIDS så snabbt i Afrika söder om Sahara?

1. Det kom stora sociala omvälvningen efter självständigheten där stora populationer flyttade från den stabila landsbygden till den ”kokande kitteln” i städerna. Detta gjorde att man tappade den sociala kontrollen som fanns i stabila stamkulturer över bl.a. sexuell samvaron. Traditionellt hade man ett starkt ”pro-sexualitet” och ”pro-fertilitets” budskap men inom klara gränser i initierings utbildningen vid puberteten. När man hamnade i städerna fanns budskapet kvar i ryggmärgen men nu utan gränser i den sociala miljön som han hittade där. En stark ändring i beteendet förstärktes av ett nästan aggressivt budskap från sexuella revolutionen i väst om fri sex utan hämningar.
2. Folk med ett visst beteende (många partners) samlades i vissa geografiska områden i städerna och förstärkte ett beteende som ledde till en explosion av sexuellt överförda sjukdomar. Detta kallas av antropologerna för ”clustering” och hade sina paralleller i San Fransisco, Los Angeles och New York men sågs även i Nairobi, Moshi, Lusaka, Kampala och andra städer.
3. Avsaknad av adekvat diagnos och behandling av andra könssjukdomar där många av dessa (och framför allt mjuk schanker, syfilis och herpes genitalis) ökar risken för HIV spridning markant. I central och öst Afrika under den period av snabb ökningen av HIV var mjuk schanker den vanligaste orsaken till genitala sår.
4. Fattigdom bland kvinnor och rikedom bland män var starka bidragande faktorer till ökad spridning. Kvinnor som kanske flydde från landsbygden med hopp om arbete i städerna fann ofta att de enda jobb som fanns för att överleva var prostitution eller ölbryggnig eller kombinationen av båda.
5. Försening av information om HIV/AIDS. Afrika gavs skulden för att vara HIV/AIDS ursprung (från början på mycket tveksam vetenskaplig grund) och därmed blev HIV mycket känsligt politiskt. Information och åtgärder för att minska spridning av HIV blev försenade. Flera av länderna som drabbade hårdast som Zambia, ännu mer Zimbabwe och numera Syd Afrika har haft en katastrofal försening i HIV program som följd av bl.a. den politiska känsligheten över HIVs ursprung.
6. Avsaknad av omskärelse hos män ökar riskerna ungefär 3-faldigt. Detta ger förklaring varför prevalensen är så olika i stammar som är granne med varandra.
7. Vissa kulturella beteenden hos vissa befolkningar som t.ex. *ritual rening* som krävs efter ett dödsfall. I Zambia är det två stammar utav 73 i landet som har denna sed. Över generationerna hade *ritual rening* ändrats till att bara fokusera på samlag som metod. Detta kunde innebära att i ett äktenskap där den ena partnern hade dött krävdes samlag med ett syskon till den avlidne för att renas så att man kan gifta om sig. En annan praxis som identifierades kallades för ”dry sex” och ökar riskerna

för HIV transmission. Detta är en sed där man försöker torka ut kvinnans slemhinnor med örter eller kemikalier för att man påstår att detta skulle öka mannens sexuella tillfredställelse.

8. Dominansen av HIV1 subtyp C i Afrika som sprider sig relativt lätt över slemhinnor i kontrast med Nord Amerika och Europa där subtyp B dominerar som sprids mest via blod och blod produkter och sprids dåligt över slemhinnor tros ha varit en viktig faktor.
9. En tes lanserades vid det internationella HIV/AIDS konferensen i Durban att om man jämför rika och fattiga samhällen, likaså samhällen med ett bra fungerande socialt nätverk och ett med dåligt nätverk är spridningen av HIV snabbast i rika samhällen med dålig nätverk (som många samhällen i Syd Afrika) och saktast i fattiga samhällen med bra nätverk (som Senegal).

En viktig iakttagelse är hur länder ofta genomgår ett parallellt förlopp till det som den enskilde kan erfar då diagnosen är ställd alltså en sorgereaktion. Chock tillstånd och förnekelse följs av vrede och skuldbeläggning. Sedan kommer depression och tills sist en acceptans och en vilja att göra något positivt med beskedet. Nästan varje land går genom samma förlopp men hur fort man kommer fram till en acceptans och en vilja att göra något för att stävja epidemin varierar kraftigt. Uganda och Kagera regionen i Tanzania är exempel där processen gick fort med mycket positiva resultat i HIV/AIDS bekämpning till följd. Syd Afrika och Zimbabwe är två mycket svåra exempel där processen drog ut på tiden och epidemin spred sig snabbt som en följd

Finns det någon utväg?

I Uganda, , Zambia, Senegal och Kagera regionen av Tanzania har samhällen lyckats minska spridningen av HIV med ett brett folkhälsoperspektiv där hälsofrämjande åtgärder, prevention, behandling och rehabilitering lanseras samtidigt. Ofta har detta varit genom att återupptäcka kulturella värden som fanns i de flesta stamkulturer och som stärker det sociala nätverk där uppmuntran till lägre riskbeteende blir möjligt.



Har ett ändrat riskbeteende i Uganda minskat HIV-spridningen i landet?

Åtta principer tycks vara viktiga för att stävja den sexuella spridningen:

1. Det behövs ett sunt folkhälsoperspektiv där man bygger upp en kedjelänk mellan hälsofrämjande åtgärder (stärkning av det sociala nätverk i samhället, trohet och en senare läggning av sexuell debut med avhållsamhet under de mest farliga tidiga åren fr.a. för flickor), förebyggande åtgärder (kondomanvändning med gruppstöd från sina jämlike framför allt i grupper med hög-risk beteende som prostituerade, lastbilschafförer, soldater, poliser, lärare som är borta från sina familjer), behandling (begränsat än så länge tills antiretrovirala läkemedel blir billigare. Behandling av TBC och andra opportunistiska sjukdomar kan ändå vara framgångsrika) och rehabilitering (där den viktigaste av alla handikapp är den stigmatisering som kan följa diagnosen HIV). Den viktigaste åtgärden för att minska spridning av HIV i Afrika visar sig vara den första länken alltså hälsofrämjande åtgärder med en senare läggning av sexual debut genom avhållsamhet, och trohet beslutat av grupper av ungdomar själva efter s.k. "community counselling" se 3. nedan.
2. En klar länk mellan vård/behandling av sjuka och förebyggande åtgärder. Enbart förebyggande budskap når inte fram om inte förtroendet finns, med bra vård av sjuka.
3. Ett beslut att samhället, och grupper i samhället skall själva bestämma alla åtgärder som skall till för att minska spridningen, i dialog med hälsoarbetare som är införstådda att inte komma med pekpinna och råd. De måste ha tålamod att delta i de långa samhällsdiskussioner som behövs för att nå fram till den punkten då hela gruppen fattar svåra beslut om ändrade beteenden för att minska spridningsriskerna. Sådana samtal kallas för "community counselling" och är motsatsen till den svenska idén om *rådgivning*. Man skall inte komma med råd utan hälsoarbetarens roll är att vara en katalysator för att få i gång en djup diskussion och även ge all kunskap som finns om hur HIV sprids, hur den inte sprids och vilka åtgärder som har visat sig fungera och vilka som inte fungerar. Den viktigaste gruppen att nå med sådana diskussioner är grupper av ungdomar i de övre tonåren då en gräsrotsrörelse kan som bäst växa fram och som kan vara oerhört effektiv att ändra beteende. Gruppen ger varandra gruppstöd för att förstärka svåra beslut.
4. Alla i samhället från presidenten till landsbyggdsbefolkningen behöver ta situationen på allvar men ändå med en övertygelse att något kan förändras till det bättre.
5. Flexibilitet behövs för att låta olika grupper gå fram med sina speciella budskap som behöver inte vara exakt samma. Detta har visat sig vara väldigt viktigt i Uganda, Kagera regionen av Tanzania och Zambia. Man försökte inte köra över ungdomsrörelser, idrottsrörelser, fackförningar och kyrkor då vissa satsade framför allt på beslut

om avhållsamhet och trohet (i Uganda beskrivet folkligt som "zero grazing") i stället för enbart budskap om kondomer. Hos en del katolska kyrkor i Tanzania hade man upptäckt en strategi utarbetad av en folkhälsoarbetare i Ohio 1985 med ABC begreppet. Detta beskrevs i Tanzania som tre livbåtar som finns då risken är uppenbar att samhället håller på att gå under. Livbåtarna kallas för ABC: Abstain; Be faithful; Condoms. Många uttrycker det så här: "Det gör inte så mycket vilken livbåt du satsar på bara du håller dej till ett beslut att det går att rädda situationen och kliva ombord på en livbåt innan katastrofen är över oss". I Uganda blev ABC strategin ett begrepp som folk i allmänhet kunde ta åt sig under diskussioner. Många internationella hjälporganisationer är mycket kritiska till en sådan flexibilitet och vill enbart ha budskapet om kondomer i alla sammanhang.

6. När budskap om kondomer skall ges är det framför allt i grupper av människor med högrisk beteende (s.k. "Core Groups" i HIV spridning) som prostituerade, lastbilschaufförer, soldater, poliser, lärare som är borta från sina familjer osv. Dessa uppmuntras i dialog med hälsoarbetare att bilda en rörelse där de själva fattar beslut om hur att minska sina risker och hur de kan påverka sina kollegor att komma med och ändra beteende. Gruppstöd är det viktigaste för att kondomer skall ha en effekt. I längden vill man även uppmuntra till att komma fri från t.ex. prostitution och ge utbildning till ett alternativ yrke. Rörelsen "Tasinta" (vi har förändrats) i Zambia är ett fint exempel på den genomslagskraft som kan finnas hos en sådan gräsrotsrörelse då kondomkrav av kunder följs av yrkesutbildning och sedan en helt ny livsinställning med stöd av gruppen. I Tanzania har sådana grupper av lastbilschaufförer krävt att hotell skall finnas på varje övernattningsställe utan prostituerade så att de som har beslutat sig att vara trogen sin fru kan slippa bli frestade under övernattningen. Nu byggs det på många ställen där skylten lyder "Hotel without..."
7. Ett återförande av den sexualupplysning som var en del av initieringsceremonin inom stamkulturen men som nästan hade försvunnit. Upplysningen gavs då av morföräldrar eller farföräldrar (kallas av antropologerna för "den alternativa generationen") Många ungdomar upplever en svår barriär att prata om sexualitet med föräldrar. En sådan barriär upplevs inte i samspråk med den äldre generationen. Ungdomar berättar att de kunde t.o.m. skämta om mycket känsliga och intima ämnen. Ungdomar än i dag hyser ett stort förtroende för den kunskap som kom från denna generation. Nu behövs det ett återförande av sådana samtal men nu med en äldre generation som har fått sund undervisning om den nya situationen efter ankomsten av HIV/AIDS.
8. En kraftig uppmuntran till de små grupperns speciella styrka att påverka och förändra till det bättre. "Det enkla är det vackra" "Small is beautiful." Samhället får inte ösas över med för mycket pengar i HIV/AIDS sammanhang annars försvinner dess inneboende kraft och

idealiteten från gruppen att äga sina beslut och finna lösningar som har bestående och bärande potential. Ett fint exempel på en sådan rörelse är Kubatsirana rörelsen i Mocambique. En organisation med stöd ifrån Sverige har satsat mycket blygsamma summor för att uppmuntra grupper av människor i byarna att bilda stödgrupper för vård/ behandling men även för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder med ändrat beteende. En något större rörelse har börjat i Masaka distriktet i Uganda med stöd från det Norska Rädd Barna. Ett helt samhälle håller sakta på att förändras genom små grupperns inflytande.

Dessa åtta principer ligger bakom den imponerande minskningen i HIV spridning som har skett under det sista decenniet i Uganda och de andra tre länderna nämnda ovan. Dr Edward C. Green en antropolog från Harvard Universitet har studerat situationen och förändringen i Uganda i detalj. Hans studier och parallella studier av WHO, Demographic Health Survey forskargrupper, forskning av Stoneburger och Low-Beer som redovisas i tidskriften Science osv visar att minskningen i HIV prevalensen grundar sig fr.a. på en senare läggning av sexuell debut med avhållsamhet i de yngre åren där speciellt flickor är mycket utsatta och trohet. Enbart 2% av förklaringen kommer från ökad kondom användning. Green kallar det förändrade beteendet för Primary Behaviour Change som kompletterar vad han kallar för Harm Reduction där "Core groups" av HIV spridare fokuseras i kondom kampanjer. Liknande studier har visat samma resultat från Senegal, Jamaica och Dominican Republic.



Hur ska dess barn möta HIV-epidemin?

Green påstår att det internationella samfundet har försökt att lansera i Afrika en lösning som utarbetades i USA för minskning av HIV spridning bland homosexuella män med många partners (alltså kondom användning vid tillfälliga sexuella förbindelser) med förutsättningen att detta var den enda lösningen för spridning i ett generellt samhälle med heterosexuell spridning. Men Afrika tycks ha hittat sin egen lösning som är mer effektiv, praktisk och samhällsgrundad.

Gunnar Holmgren, Infektionskliniken, Länssjukhuset Ryhov,
Jönköping, September 2004

Protokoll från styrelsemöte

för svensk förening för tropikmedicin 04-08-31

Närvarande: Anna Färnert, Urban Hellgren, Gunnar Holmgren, Peter Iveroth, Åsa Ljungh, Inger Ljungström, Lars Rombo.

- § 1. Mötet öppnades av ordförande Gunnar Holmgren.
- § 2. Dagordningen godkändes.
- § 3. Till justerare av protokollet utsågs Inger Ljungström.
- § 4. Föregående protokoll genomgicks.
- § 5. Det symposium vi anmält till Riksstämman "HIV största hälsorisken i Afrika" har accepterats. Vi är även medarrangörer av "Att resa med barn". Vår Elias Bengtsson föreläsare prof EC Green, Harvard Med School, har lämnat återbud pga sjukdom. Gunnar undersöker, om Sveriges AIDS-ambassadör eller prof LO Kallings kan ställa upp. Årsmöte med lunch är inbokat i rum R10 11.30-12.30 torsd 25 november. Fria föredrag. Hålls 15-18 och inleds med Elias Bengtssonföreläsningen.
- § 6. Parasitdag på SMI 29/10 2004. Örebro Universitet ger en 5p kurs i medicinsk parasitologi under HT med början 17/9.
- § 7. Stipendiefonden kommer att utdela 3x 25 000:- under 2005.
- § 8. Lars Rombo informerar om att föreningens tillgångar årligen minskar, dvs utgifterna överstiger intäkterna. Ökad medlemsrekrytering diskuterades.
- § 9. Åsa skall återuppta planeringsarbete för en parasitdag i Lund under VT 2005 med tonvikt på schistosomiasis och leishmaniasis.
- § 10. Vice ordförande-posten och en styrelsepost är obesatta. Inger tillfrågas, om hon vill stanna kvar som vetenskaplig sekreterare och Lars Rombo, om han kan tänka sig att fortsätta som kassör. Åsa kontaktar valberedningens ordförande, Lars Lindqvist.
- § 11. Nästa möte = årsmöte blir under riksstämman i Göteborg, se ovan §5.

Vid protokollet
Lund 15/10 2004.

Åsa Ljung

Justeras
Anna Färnert

Verksamhetsberättelse

för Svensk Förening för Tropikmedicin under
perioden november 2003 – oktober 2004

Styrelsen har under året bestått av:

Gunnar Holmgren (ordförande),
Lars Rombo (vice ordförande och kassör)
Åsa Ljung (sekreterare)
Inger Ljungström (vetenskaplig sekreterare)
Peter Iveroth (redaktör för TropikNytt)
Anna Färnert (ordinarie ledamot)
Urban Hellgren (ordinarie ledamot)
Judith Bruchfeld (ordinarie ledamot).

Aktiviteter

Under året har vi haft tre styrelsemöten i februari, maj och augusti. I mellanperioden har styrelsen haft underhandskontakter via e-post.

Föreningen har haft representanter i referensgruppen för parasitologi (Sven Montelius) och i Smittskyddsinstitutets referensgrupp för malariaprofylax (Anders Björkman).

Föreningen har framgångsrikt engagerat sig i att uppmuntra SMI att bilda en nationell referensgrupp för resemedicin och har föreslagit Lars Rombo som föreningens representant i denna grupp. Vid skrivandets stund håller gruppen ännu på att bildas.

Lars Rombo och Lars Lindquist har för föreningens räkning deltagit i ledningen av ett lyckat Skandinaviskt Forum för Resemedicin med 423 deltagare i Stockholm i maj 2004. Lars Rombo är invald i planeringsgruppen för en konferens om Travel Medicin i Edinburgh 2006.

Det vetenskapliga programmet på medicinska Riks-stämman år 2003 inleddes av

- Dr Hans Rosling, IHCAR, Stockholm, som höll en mycket uppskattad föreläsning om *Fattiga och Rika*. Det diskuterades mycket efteråt.
- Ett Symposium med rubrik TBC globalt och nationellt anordnades tillsammans med sektionen för infektionsmedicin och lungmedicin. Judith Bruchfeld från föreningen föreläste och var med i planeringsgruppen. Det var stor uppslutning och gav en bra diskussion.

Följande vetenskapliga föredrag presenterades:

1. Gynnsam klinisk effekt av Arginintillskott som adjuvant behandling vid aktiv tuberkulos.
Schön Thomas, Britton Sven et al.
2. Kan en pendel användas för att fastställa takypné hos barn med akuta luftvägsinfektioner?
Janols Helena, Holmgren Gunnar.
3. Lönar det sig att vara försiktig med mat och dryck under utlandsvistelse för att undvika salmonellainfektion?
de Jong Birgitta, Ekdahl Karl, Ekwall Erik, Rombo Lars.
4. Salmonellainfektion hos svenska utlandsresenärer 1997-2002.
Ekdahl Karl, Andersson Yvonne, de Jong Birgitta.

En kurs i tuberkulos planerades i Stockholm under hösten 2004.

Under hösten 2004 genomfördes en 10-veckors kurs i Global Medicin i Jönköping och Vellore, Indien för Linköpings Universitet. Detta betyder att kurser i Global Medicin nu finns på alla medicinhögskolor i Sverige förutom Umeå som dock har en kvällskurs i Internationell Hälsa och en tvåveckorskurs i Tropik Medicin.

Åsa Ljungh är med i en planeringsgrupp för en konferens om Schistosomiasis i Köpenhamn 2005.

SMI planerar en parasitdag den 29 oktober 2004 med tema Parasiter i Sverige och världen. Inger Ljungström ingår i planeringsgruppen inför denna dag.

Två nummer av Tropik Nytt har utgivits.

Mer väsentliga frågor som diskuterats under året:

Inga stipendier delades ut under året men eftersom Skandinaviskt Forum för Resemedicin gav en del vinst finns det utrymme för stipendier framöver.

Lars Rombo är med i en resemedicingrupp för WHO.

Jönköping 2004-10-23

Gunnar Holmgren, Ordförande

Kallelse

-till ordinarie årsmöte i svensk förening för tropikmedicin

Tid: Torsdagen 25 november 2004 kl. 11.30 med lätt lunch innan förhandlingarna.

Plats: Rum R10, Medicinska Riksstämmans lokaler i Göteborg

Dagordning:

- | | |
|---|--|
| 1. Mötets öppnande. | 8. Beslut om ansvarsfrihet för styrelsen. |
| 2. Val av mötesordförande. | 9. Fastställande av årsavgift för 2005. |
| 3. Val av två justeringsmän för protokollet. | 10. Val till styrelsen av kassör, vice ordförande och ordinarie ledamot samt redaktör av Tropik Nytt. |
| 4. Godkännande av kallelseförfarandet. | 11. Förslag till nytt namn på föreningen: "Svensk förening för Tropikmedicin, Resemedicin och Internationell hälsa." |
| 5. Godkännande av dagordning och eventuella övriga frågor. | 12. Övriga frågor. |
| 6. Styrelsens verksamhetsberättelse för 2003. | 13. Mötets avslutande. |
| 7. Redogörelse för föreningens finanser samt revisionsberättelse. | |
-

Varmt välkomna

Gunnar Holmgren, ordförande
Bankeryd

Åsa Ljung, sekreterare.
Lund

Se föreningens verksamhetsberättelse på sidan 19.